2020年3月1日作成

健康観察表 （本人・家族） コロナ感染予防は「本人・家族」も一緒に！

受講者氏名（　　） 受講の当日受付に提出して下さい。

受講日の14日前より記入して下さい。「チェックを忘れた日は正直に未記入のままで！」

受講日の14日以内「新型コロナの人と接触」・「県外・流行地域移動・不特定多数との接触」（有　無）

インフルエンザワクチン・「　年　月　日に接種」「してない」：肺炎球菌ワクチン・「　年　月　日に接種」「してない」

評価：症状がある場合は〇、ない場合は×で記入 *受講日までに下記の症状が続いた場合、事務局：080－1580－6904に連絡して下さ

月	曜日	体温（朝）	体温（夕）	咳	鼻水・鼻つまり	息苦しさ	痰	咽頭痛	全身倦怠感	頭痛	におい（嗅覚障害）	味（味覚障害）	下痢	はき気・おうと	目の充血	その他の症状
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													

2020年3月1日作成

健康観察表 （本人・家族） コロナ感染予防は「本人・家族」も一緒に！

受講者氏名（　　） 受講の当日受付に提出して下さい。

受講日の14日前より記入して下さい。「チェックを忘れた日は正直に未記入のままで！」

受講日の14日以内「新型コロナの人と接触」・「県外・流行地域移動・不特定多数との接触」（有　無）

インフルエンザワクチン・「　年　月　日に接種」「してない」：肺炎球菌ワクチン・「　年　月　日に接種」「してない」

評価：症状がある場合は〇、ない場合は×で記入 *受講日までに下記の症状が続いた場合、事務局：080－1580－6904に連絡して下さ

月	曜日	体温（朝）	体温（夕）	咳	鼻水・鼻つまり	息苦しさ	痰	咽頭痛	全身倦怠感	頭痛	におい（嗅覚障害）	味（味覚障害）	下痢	はき気・おうと	目の充血	その他の症状
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													
		℃	℃													